

Entre o público e o privado a saúde hoje no Brasil

MARIA HELENA OLIVA AUGUSTO

OLAVO VIANA COSTA

RESUMO: O artigo analisa a política governamental de saúde, no período 1995-1998, focalizando as principais decisões relativas à organização e financiamento do Sistema Único de Saúde (SUS). São apontadas e discutidas, entre outras decisões do governo federal no setor saúde: a regulamentação dos critérios de transferência de recursos federais para estados e municípios, com a consequente definição de modalidades de gestão local do sistema de saúde; a estratégia de reorganização da atenção básica à saúde, via incentivos especiais ao Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e ao Programa de Saúde da Família (PSF); a instituição da Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira (CPMF) como fonte específica de recursos para ações de saúde; e a regulamentação dos seguros e planos privados de assistência à saúde.

UNITERMOS:
políticas
governamentais,
política de saúde,
serviços de saúde.

O cuidado com a saúde faz parte das atribuições governamentais desde o momento em que o Estado brasileiro se constituiu. Ao longo do tempo, porém, alteraram-se não só a forma como se dá a intervenção estatal no âmbito da saúde, mas também o que se considera como promoção pública da saúde pública ou coletiva. Num primeiro momento, sua intervenção fez-se expressar exclusivamente por meio de medidas de saneamento básico, da prescrição de normas de higiene, e do controle das endemias que marcaram profundamente (e ainda o fazem, de maneira significativa) a situação sanitária do país. Era mínima a interferência estatal no atendimento médico individualizado, situação completamente diversa da atual, que se caracteriza pela generalização desse tipo de cuidado.

Contemporaneamente, contudo, alterou-se o conteúdo da agenda

Professora do Departamento de Sociologia da FFLCH - USP

Analista de projetos da Fundação SEADE

nacional da saúde pública, que passou a incluir, além dos itens referentes às doenças infecto-contagiosas, também as enfermidades crônico-degenerativas, as mortes por causas externas e os problemas ambientais, derivados do processo de “modernização” social (cf. Monteiro *et alii*, 1995). Ao mesmo tempo, os recursos e cuidados oficiais dirigidos às atividades mais estritamente vinculadas a essa finalidade, isto é, aquelas tradicionalmente encaradas como responsabilidade estatal exclusiva, têm sido mais escassos e rarefeitos.

Este artigo tem por objetivo analisar a atuação governamental sobre a saúde, visando perceber qual o sentido assumido pela intervenção pública nessa área, no período 1995-1998¹, quais são os elementos em que converge e em que pontos se diferencia de gestões anteriores e, principalmente, se tem corrido para uma transformação substantiva no que se refere a algumas características históricas da atenção pública no setor, no Brasil. Concretamente, esses quatro anos devem ser vistos naquilo que apresentam de continuidade em relação às dinâmicas em vigência anteriormente e, ao mesmo tempo, identificados no que se refere às inovações que introduzem nesse mesmo percurso².

Considerado desse modo, o ponto de partida da reflexão, sem dúvida, situa-se uma década atrás, no momento de institucionalização de algumas conquistas derivadas de um amplo movimento de luta que, constatando a precariedade da atenção pública à saúde no Brasil, apontou para a necessidade do reconhecimento do acesso à saúde como direito social universal. Por isso, de início, focalizam-se as decisões relativas à implementação do Sistema Único de Saúde (SUS), cuja expectativa era consubstanciar o dispositivo da Constituição federal de 1988 que define a saúde como dever do Estado e prevê a integração das ações e serviços públicos do setor segundo os princípios de descentralização, atendimento integral e participação da comunidade.

Em seguida, discutem-se os diversos aspectos que compõem esse quadro para tentar evidenciar se, nos últimos anos, têm emergido formas específicas e distintivas da gestão pública nessa área. Isto porque as reformas relativas à saúde, embora orientadas pela necessidade de contenção dos custos de assistência médica e pela busca de maior eficiência, têm se caracterizado pela descentralização de atividades para estados e municípios, pela transferência de responsabilidades para o setor privado e pelo “aumento da participação financeira do usuário no custeio dos serviços que utiliza, sejam estes públicos ou privados” (Almeida, 1999b, p. 268).

Dessa forma, visando explicitar problemas cotidianos e crônicos da questão saúde no país, serão descritos alguns aspectos gerais relativos à organização e financiamento do SUS e apresentados os elementos que podem ser destacados no período de interesse. De um lado, a busca por financiamento dessas atividades, com especial destaque para a defesa da instituição do CPMF como fonte específica de recursos para ações de saúde e o tipo de uso que lhe foi posteriormente atribuído; de outro, a redefinição das modalidades de gestão, o acento dado à ação municipal e os incentivos dirigidos ao Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e Programa de Saúde da Família (PSF); e, por fim, os aspectos controversos da regulamentação dos seguros e planos privados de assistência à saúde.

¹ Durante esse período, o Ministério da Saúde teve quatro ocupantes: Adib Jatene (de 01/01/1995 a 07/11/1996); José Carlos Seixas (interino) (de 07/11/1996 a 13/12/1996); Carlos César Albuquerque (de 13/12/1996 a 31/03/1998); e José Serra (desde 31/03/1998).

² O que se deseja destacar é que a análise de um tema, quando referida a um período específico, não se pode fazer de forma pontual. É necessário que esse período seja tomado como parte de um processo mais amplo. Se, de certa forma, esse fato condiciona e delimita o campo das alternativas possíveis, não se deve, no entanto, deixar de considerar o espectro de virtualidades que pode fazer emergir.

Organização do SUS

O Sistema Único de Saúde (SUS), previsto na Constituição federal de 1988, explicita projeto resultante de um longo processo de gestação. De fato, trata-se de proposta em curso desde meados dos anos 70, objeto de demanda intensa por parte de setores organizados dos profissionais da área e de grupos preocupados com a situação social do país. Buscava superar a difícil situação em que se encontrava o sistema público de saúde que, priorizando a assistência médica e o hospital, em detrimento da prevenção e promoção à saúde, excluía desse atendimento os não contribuintes da Previdência Social e, ao mesmo tempo, concorria para a privatização de recursos públicos (cf. Inojosa, Araújo & Martins, 1996a).

O que se propunha, então, era: a extensão do direito à saúde a todos, mesmo os que não estivessem regularmente vinculados ao mercado formal de trabalho e o reconhecimento de que a área abrangida era de responsabilidade pública, além da ampliação do significado desses conceitos. Tratava-se de marcar que a conquista da saúde não se restringe à submissão a atos curativos isolados, mas, pelo contrário, supõe um conjunto de cuidados que não se limitam ao âmbito específico das práticas médicas, incidindo, de fato, sobre o conjunto de situações de vida da população atingida.

As resistências à implantação do SUS, de caráter político e econômico, têm estado presentes desde o momento de sua inserção no texto constitucional. A Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, conhecida como Lei Orgânica da Saúde, regula as ações e serviços de saúde executados, em todo o território nacional, por pessoas físicas ou jurídicas, de direito público ou privado, isolada ou conjuntamente. As dificuldades e as disputas ocorridas no processo de sua aprovação deixaram muito claro que o percurso até a efetivação da prerrogativa assegurada constitucionalmente está longe de seu término e que a batalha a ser travada não é fácil.

O SUS integra as ações e serviços de saúde prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público, inclusive aquelas que atuam nas áreas de controle de qualidade, pesquisa e produção de insumos, medicamentos e equipamentos de diagnóstico e terapêutica. Sua direção é exercida, no âmbito da União, pelo Ministério da Saúde e, no âmbito dos estados e municípios, pelas respectivas secretarias de saúde ou órgãos equivalentes. A participação da iniciativa privada, por meio de profissionais liberais, legalmente habilitados, e de pessoas jurídicas de direito privado, é formalizada mediante contrato ou convênio regido pelas normas de direito público e estabelecido, preferencialmente, com entidades filantrópicas e instituições sem fins lucrativos.

Financiado com recursos do orçamento da seguridade social, o SUS tem por finalidade a prestação de serviços de assistência médica, em nível ambulatorial e hospitalar, devendo também desenvolver ações rotineiras de vigilância sanitária e epidemiológica. No desempenho dessas funções, as instituições próprias, contratadas ou conveniadas devem observar, entre outros, os princípios de: universalidade de acesso aos serviços, em todos os níveis de assistência;

integralidade da assistência, com ações preventivas e curativas, individuais e coletivas, exigidas para cada caso; igualdade da assistência, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie; divulgação de informações quanto ao potencial dos serviços e à sua utilização pela população; uso de critérios epidemiológicos para o estabelecimento de prioridades, a alocação de recursos e a orientação programática; conjugação de recursos financeiros, tecnológicos, materiais e humanos da União, dos estados e dos municípios; ênfase na municipalização dos serviços e na sua organização segundo critérios de regionalização e hierarquização; e capacidade de resolução técnica dos serviços, em todos os níveis de assistência.

Durante a tramitação da Lei Orgânica da Saúde no Congresso Nacional, o texto que a originou foi objeto de intenso debate parlamentar, uma vez que apresentava pontos polêmicos e controversos, alguns ainda não superados, tornando evidente a existência de pontos de vista distintos e até antagônicos na apreciação dos caminhos a serem percorridos na gestão pública da saúde. Devem-se destacar, entre esses pontos, a transferência do INAMPS para o Ministério da Saúde, com a conseqüente extinção dos seus escritórios regionais; a discussão sobre o caráter consultivo ou deliberativo das instâncias colegiadas de gestão do SUS em cada esfera de governo, em especial a Conferência e o Conselho de Saúde; a participação da iniciativa privada no âmbito do SUS, que havia sido definida no texto constitucional como devendo ter caráter complementar; a descentralização das ações e serviços de saúde, direta ou indiretamente executados pelo governo federal; a definição das fontes de financiamento e dos critérios e mecanismos de transferência de recursos do governo federal para os estados e municípios; e a política de recursos humanos para o setor. Vários dispositivos referentes a esses temas foram vetados pelo então presidente da república, Fernando Collor de Melo, mas acordo intermediado pelo Ministro da Saúde do novo governo, o ex-deputado Alcenir Guerra, possibilitou a aprovação de lei complementar: a Lei nº 8.142, de 28/12/1990, que dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde (cf. Cordeiro, 1991).

A participação do Ministério da Saúde é crucial nesse processo. A destinação de recursos federais ao SUS baseia-se na receita estimada do orçamento da seguridade social, conforme proposta por ele elaborada, com a participação dos órgãos de previdência e assistência social, tendo em vista as metas e prioridades estabelecidas na lei de diretrizes orçamentárias da União. Aprovado o orçamento, os recursos são creditados ao Fundo Nacional de Saúde, sob sua administração, cabendo ao Conselho Nacional de Saúde fiscalizar o uso que lhes é dado. Esse órgão colegiado, atuante na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros, tem caráter permanente e deliberativo e é composto por representantes do governo, prestadores de serviços, profissionais de saúde e usuários.

Além disso, na administração do Fundo Nacional de Saúde, compete ao Ministério da Saúde estabelecer os critérios, aprovar a programação e acompanhar a aplicação dos recursos repassados a estados e municípios, cabendo-lhe também adotar as punições previstas em lei para os casos de mal-

versação, desvio ou não aplicação dos recursos. Por sua vez, para receber os recursos, além de constituir o fundo de saúde, os estados e municípios devem criar conselhos e elaborar planos de saúde, apresentar relatórios de gestão e assegurar a existência de contrapartida de recursos para a saúde no respectivo orçamento. Desse modo, os três níveis de governo devem atuar conjuntamente na administração da saúde pública.

Entretanto, foram muitas as dificuldades observadas na definição das regras para o repasse regular e automático de recursos do governo federal para estados e municípios. Este só foi implementado a partir de 1994, com a entrada em vigor da segunda Norma Operacional Básica do SUS – a chamada NOB/93, anexa à Portaria do Ministério da Saúde nº 545, de 20/05/1993. Até então, vigoravam as disposições constantes da primeira Norma Operacional – a chamada NOB/91, anexa à Resolução da Presidência do Inamps nº 258, de 07/01/1991 –, que estendiam aos órgãos públicos a mesma sistemática de *pagamento por produção* tradicionalmente aplicada nos contratos firmados com a iniciativa privada, transformando estados e municípios em meros vendedores de serviços de saúde para a União (cf. Scotti, 1997).

Expedida na administração de Jamil Haddad à frente do Ministério da Saúde, durante o governo de Itamar Franco, a NOB/93 estabeleceu um novo padrão de relação intergovernamental na área da saúde (Barreto Júnior, 1999), detalhando responsabilidades, requisitos e prerrogativas para a habilitação de estados e municípios à condição de gestor local do SUS, sob três modalidades distintas: gestão incipiente, gestão parcial e gestão semi-plena.

No modelo de *gestão incipiente*, o município assumia a responsabilidade sobre a contratação e autorização do cadastramento de prestadores; a programação e a autorização da quantidade de internações hospitalares e procedimentos ambulatoriais a serem prestados por unidade; o controle e a avaliação dos serviços ambulatoriais e hospitalares públicos e privados com ou sem fins lucrativos; o gerenciamento das unidades ambulatoriais públicas existentes no município; a incorporação à rede de serviços das ações básicas de saúde – nutrição, educação, vigilância epidemiológica e sanitária; e o desenvolvimento de ações de vigilância de ambientes e processos de trabalho e de assistência e reabilitação do acidentado de trabalho e do portador de doença ocasionada pelo trabalho.

No modelo de *gestão parcial*, além de assumir as atribuições da gestão incipiente, o município passava a receber mensalmente recursos financeiros correspondentes à diferença entre o teto financeiro e o pagamento efetuado diretamente pela esfera federal às unidades hospitalares e ambulatoriais, públicas ou privadas, existentes em seu território.

No modelo de *gestão semiplena*, além das atribuições dos modelos anteriores, o município assumia a completa responsabilidade sobre a gestão da prestação de serviços (planejamento, cadastramento, contratação, controle e pagamento de prestadores ambulatoriais e hospitalares, públicos e privados); o gerenciamento da rede pública, exceto unidades de referência sob gestão estadual; e o recebimento mensal da totalidade dos recursos financeiros para custeio correspondentes aos tetos ambulatoriais e hospitalares.

A implementação do SUS funcionou, nesses termos, até dezembro de 1997. Informações referentes a janeiro de 1997 dão conta de que 3.127 ou 58% dos então 5.407 municípios brasileiros estavam habilitados a uma dessas modalidades de gestão local do SUS, embora apenas 144 ou 5% na condição de gestão semi-plena (cf. Arretche, 1998).

1. *Municípios habilitados às condições de gestão local do SUS previstas pela NOB/93 Brasil - 1994, 1995 e 1996*
Fonte: YUNES, 1999: 66.

Condição de gestão	Ano		
	1994	1995	1996
Incipiente	1.836	2.131	2.369
Parcial	537	612	619
Semiplena	24	56	137

No início de 1998, foi implementada uma nova Norma Operacional Básica, em substituição à NOB/93: a chamada NOB/96, anexa à Portaria do Ministério da Saúde

nº 2.203, de 5 de novembro de 1996, editada na administração de Carlos César Albuquerque à frente do Ministério da Saúde, durante o primeiro governo de Fernando Henrique Cardoso. Segundo Almeida, a NOB/96 significa “uma inflexão importante na reforma da saúde” (Almeida, 1999b, p. 279), já que sustenta a necessidade da retomada e fortalecimento do papel dos estados na coordenação e condução dos sistemas estaduais de saúde, mais inclusivos, revertendo a ênfase municipalista anterior. Da mesma forma, dá ênfase a uma reorganização do sistema, centrada na atenção básica e nos programas seletivos, cuja implementação “tende a fortalecer a focalização preconizada pelos organismos financeiros internacionais” (Almeida, 1999b, p. 279).

Com a implementação da NOB/96, passaram a vigorar apenas duas modalidades de gestão local do SUS – gestão plena da atenção básica e gestão plena do sistema de saúde. No modelo da *gestão plena da atenção básica*, os municípios respondem integralmente pela assistência ambulatorial e pela realização das ações básicas de vigilância sanitária e epidemiológica, gerenciando todas as unidades básicas de saúde públicas localizadas em sua jurisdição, inclusive aquelas pertencentes ao Estado e à União. Além disso, comprometem-se com a garantia da referência intermunicipal, suprimindo a oferta de equipamentos e atendimentos inexistentes no município junto a outras cidades. Finalmente, responsabilizam-se também pela autorização de internações hospitalares e pela avaliação da assistência básica.

Já os municípios que assumirem o modelo da *gestão plena do sistema municipal*, por sua vez, passam a responder integralmente pelas ações e serviços do SUS, cabendo-lhes a gerência de todas as unidades de saúde existentes em seu território, inclusive aqueles mantidos por pessoa física ou jurídica de direito privado. Devem ainda se responsabilizar pela gestão da assistência hospitalar e básica, pela execução das ações de vigilância sanitária e epidemiológica, pelo controle, avaliação e auditoria dos serviços no município, pela operação do sistema de informações tanto ambulatoriais como hospitalares, pela garantia da referência intermunicipal e pela administração da oferta de procedimentos de alta complexidade tecnológica.

Informações do Ministério da Saúde, incluídas na proposta de governo de Fernando Henrique Cardoso, divulgada durante a campanha eleitoral que o reelegeria à Presidência da República, davam conta de que 4.885 ou

89% dos 5.507 municípios existentes em 1998 estavam habilitados à gestão local do SUS, sendo 431 ou 8% na condição de gestão plena do sistema de saúde (cf. Cardoso, 1998).

A regulamentação da transferência de recursos do governo federal para estados e municípios, nos termos da legislação orgânica do setor, requisito indispensável para a implementação do SUS, é um fato muito recente para assegurar a realização dos objetivos de disciplinamento da demanda por serviços de saúde preconizados pelo movimento de reforma sanitária há mais de 20 anos. Basta lembrar que, ainda hoje, dez anos depois da instituição do SUS, mais de 50% das despesas do governo federal com saúde se destinam ao pagamento de consultas, exames e internações em estabelecimentos próprios ou contratados pela seguridade social (cf. Campino *et alii*, 1998).

No debate sobre a questão, criticam-se o enfraquecimento e a perda de funções das secretarias estaduais de saúde, em decorrência do processo de descentralização do SUS. Ao romper com o equilíbrio federativo, esse processo caracterizar-se-ia pela concentração do financiamento e do poder normativo na União e pela devolução de responsabilidades executivas diretamente aos municípios (cf. Mendes, 1998).

Financiamento do SUS (A questão da CPMF)

Desde o início do período governamental em análise, ao lado das dificuldades de obtenção de recursos para a atuação do Ministério da Saúde, o atendimento público no setor tem sido objeto de intensas críticas, oriundas dos meios de comunicação, dos próprios profissionais de saúde e dos empresários atuantes na área³. Por isso, antes mesmo de assumir a pasta e durante os quase dois anos em que o comandou, o Ministro Adib Jatene preocupou-se em encontrar mecanismos que possibilitassem a implementação das atividades sob sua responsabilidade.

No orçamento de 1995, as verbas previstas para a Saúde, mesmo muito superiores às do ano anterior (R\$ 13,9 bilhões sobre, aproximadamente, R\$ 6,5 bilhões), não eram suficientes para cobrir as necessidades da área, naquele ano, considerando o Ministério ser necessária a agregação de recursos adicionais da ordem de R\$ 5,9 bilhões. Além disso, havia dívidas herdadas do governo anterior. Chegou a ser aventada a possibilidade de criação de um imposto para financiar o sistema público de saúde, o que, ao lado de aumentar o montante de seus recursos, diminuiria sua dependência em relação à Seguridade Social (O Estado de S. Paulo, 29/12/1999; Folha de S. Paulo 29/12/1994).

Considerando a necessidade de haver uma fonte de financiamento estável e segura para o SUS, foi encaminhada ao Congresso Nacional emenda constitucional, criando a Contribuição sobre a Movimentação Financeira – CMF⁴, objeto de muitas controvérsias, interna e externamente ao governo, uma vez que existiam pontos de vista bastante divergentes sobre a oportunidade da medida, seu caráter provisório ou definitivo, sobre o seu alcance, tempo de implantação

2. *Municípios habilitados às condições de gestão local do SUS previstas pela NOB/96*

Brasil - 1998 e 2002

Fonte: Yunes, 1999, p. 66 e Cardoso, 1998, p. 166

Notas: (1) Outubro de 1998 e (2) Previsão

Condição de gestão	Ano	
	1998(1)	2002(2)
Atenção básica	4.553	5.507
Sistema municipal	449	1.500

³ Os donos de hospitais opunham-se continuamente, entre outras coisas, aos valores de retribuição que a tabela do Ministério da Saúde conferia aos procedimentos médicos das instituições conveniadas, discordância, aliás, que era consensual. Eram as seguintes as remunerações previstas para os atos médicos, desde julho de 1994: consulta médica: R\$ 2,04; exame clínico: R\$ 0,54; consulta médica de pré-natal: R\$ 2,86; psicodiagnóstico: R\$ 2,19; hemodiálise (sessão): R\$ 73,50; terapia em cardiologia: R\$ 8,94; tratamento de Aids em hospital/dia: R\$ 12,56; tomografia de osso em dois planos: R\$ 14,94; cesariana: R\$ 35,00 (cf. Araújo & Martins, 1995b, p. 17).

⁴ Tratava-se de contribuição nos moldes do antigo Imposto Provisório sobre Movimentação Financeira, IPMF, que previa a cobrança de alíquota de 0,25% sobre cada movimentação financeira. O potencial de receita da CMF era estimado em R\$ 6 bilhões anuais (cf. Araújo & Martins, 1995a).

e vinculação exclusiva à saúde (cf. Araújo & Martins, 1995a).

O projeto que criava o CMF foi enviado ao Congresso, no final do mês de julho de 1995. A emenda constitucional que criava a CPMF foi promulgada no dia 15 de agosto de 1996 e o projeto de regulamentação foi enviado ao Congresso no dia 26 do mesmo mês (cf. Araújo & Martins, 1995a). Apesar das divergências e da demora verificada no processo de sua aprovação, a proposta de orçamento de 1996, para o Ministério da Saúde, incluía recursos advindos da CPMF (cf. Inojosa, Araújo & Martins, 1996b).

Idealizada como recurso adicional e provisório, enquanto não se fizesse a reforma tributária e, nesta, eventualmente se aprovasse a vinculação de parte do orçamento da seguridade social para a saúde, a CPMF tornou-se um recurso substitutivo das fontes de que dispunha o setor, particularmente a Contribuição para o Financiamento da Seguridade Social (Cofins) e a Contribuição sobre o Lucro Líquido (CSLL). Em 1995, o Ministério da Saúde recebeu 58% da arrecadação da Cofins, mas essa proporção caiu para 24%, em 1998. No caso da arrecadação da CSLL, a redução da parcela destinada ao Ministério da Saúde foi ainda mais expressiva, passando de 83% para 27% no mesmo período (Jatene, 1999).

3. *Recursos Alocados ao Ministério da Saúde, por Fonte de Receita Brasil - 1994 a 1998*
Fonte: CAMPINO et alii, 1998.

Notas: (1) Valores inflacionados mês a mês para dezembro de 1997.

(2) Previsão.

(3) Contribuição sobre o Lucro Líquido.

(4) Contribuição para o Financiamento da Seguridade Social.

(5) Fundo Social de Emergência.

Fonte de Receita	Recursos Alocados – em milhões de reais (1)									
	1994		1995		1996		1997		1998 (2)	
	Valor	%	Valor	%	Valor	%	Valor	%	Valor	%
Total	12.730	100	18.271	100	15.885	100	19.036	100	19.501	100
CSLL (3)	1.639	13	3.684	20	3.290	21	3.675	19	1.808	9
Cofins (4)							4.929	26	4.885	25
CPMF (5)	4.362	34	8.968	49	6.746	43	5.290	28	6.615	34
FSE (6)	4.691	37	2.180	12	2.800	18	3.706	19	2.349	12
Outras	2.036	16	3.439	19	3.020	19	1.436	8	3.844	20

Atualmente, o Congresso Nacional discute proposta de emenda constitucional que obriga União, Estados e municípios a investirem um percentual fixo do orçamento em saúde. Por essa proposta, já aprovada na Câmara Federal, em primeira votação, em cinco anos, estados e municípios teriam de aplicar, respectivamente, 12% e 15% de seu orçamento com a saúde. A União, por sua vez, seria obrigada a investir no setor 64% do que arrecadar com três impostos: a Contribuição para o Financiamento da Seguridade Social (Cofins); a Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira (CPMF) – que se tornaria permanente; e a Contribuição sobre o Lucro Líquido (CSLL). Com isso, o gasto público com a saúde no Brasil aumentaria de R\$ 28,5 bilhões, em 1998, para R\$ 39 bilhões, em 2003, o que representaria cerca de R\$ 245 *per capita* (Folha de S. Paulo, 21/09/1999)⁵.

Por essa proposta, já aprovada na Câmara Federal, em primeira votação, a União deverá gastar com a saúde, em 2000, os mesmos valores empenhados em 1999, com um acréscimo de, no mínimo, 5%. A partir de 2001, deverá destinar à saúde o mesmo valor gasto no ano anterior, acrescido da variação do PIB nominal. Quanto aos estados, a partir do ano 2000, terão de gastar com a saúde um mínimo de 7% dos impostos arrecadados, chegando

⁵ Publicação da FIOCRUZ apresenta outros números, afirmando textualmente: “A proposta inicial elevava o orçamento do Ministério da Saúde de no ano 2000 para R\$ 25,8 bilhões (R\$ 6,2 bilhões a mais do que em 99). Pelo texto finalmente aprovado, na Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO) de 2000 a saúde deverá receber no mínimo R\$ 22,5 bilhões. Para isso, o Governo Federal deverá apresentar nova versão da LDO ao Congresso ou apresentar uma emenda modificando o orçamento da saúde” (Súmula Radis, 1999, p. 1-8).

a 12%, em 2004. Finalmente, os municípios também terão de gastar em 2000 um mínimo de 7% de sua arrecadação, elevando-o para 15%, em cinco anos.

A Súmula, da ENSP/FIOCRUZ dá outros números; diz, textualmente: “A proposta inicial elevava o orçamento do Ministério da Saúde no ano 2000 para R\$ 25,8 bilhões (R\$ 6,2 bilhões a mais do que em 99). Pelo texto finalmente aprovado, na Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO) de 2000 a saúde deverá receber no mínimo R\$ 22,5 bilhões. Para isso, o Governo Federal deverá apresentar nova versão da LDO ao Congresso ou apresentar uma emenda modificando o orçamento da saúde” (Súmula Radis, 1999, p. 1)

Entretanto, no caso da aprovação desse projeto, mesmo com o aumento do orçamento destinado à saúde, mantêm-se duas importantes questões: de um lado, é necessário definir *quem* será(ao) o(s) responsável(eis) e *como* serão definidas as áreas de destinação dos recursos obtidos; de outro, não está claro como será estabelecido o controle sobre os fundos gerados, que garanta sua aplicação de acordo com as prioridades estabelecidas.

Reorganização do modelo assistencial via incentivos à atenção básica

À medida que os recursos destinados à saúde continuam escassos, o governo federal tem tentado utilizá-los de forma mais eficiente, de maneira que, ao mesmo tempo, propiciem um melhor atendimento aos usuários do sistema. Com esse objetivo, nos últimos anos, o Ministério da Saúde tem dado prioridade a duas experiências que coordena: o Programa de Agentes Comunitários de Saúde – PACS e o Programa de Saúde da Família – PSF, para os quais a NOB/96 prevê a concessão de incentivos financeiros especiais, consistentes em acréscimos percentuais que podem representar de 30% a 80% do valor global das transferências de recursos do governo federal para a implementação de ações de atenção básica de saúde em estados e municípios (cf. Scotti, 1997).

O PACS teve início em 1991, em municípios da região Nordeste com altas taxas de mortalidade infantil, motivado por experiências bem sucedidas de atenção básica à saúde com o concurso de agentes comunitários – moradores especialmente treinados para orientar as famílias da vizinhança acerca de questões de higiene, alimentação e prevenção de doenças. Nesse mesmo ano, devido a um surto de cólera, o programa foi estendido, em caráter emergencial, à região Norte⁶.

Segundo Cartilha divulgada na *homepage* do Ministério da Saúde, o PACS visa “contribuir para a construção de um modelo assistencial cuja ênfase se encontra nas ações preventivas e de promoção da saúde”. Seu objetivo geral é melhorar a capacidade da população de cuidar da saúde, transmitindo-lhe informações e conhecimentos, e contribuir para a construção e consolidação de sistemas locais de saúde, tomando as famílias como foco de sua ação e contando com a atuação preventiva dos agentes comunitários para a organização da demanda⁷. Após sete anos de existência, o programa está presente em todas as Unidades da Federação, tendo atingido, em maio de 1998, 49,6% de 5.507 municípios brasileiros.

⁶ Dentre as iniciativas que serviram de referência para a modelagem do PACS, o *Programa de Agentes de Saúde (PAS)*, desde 1987 em execução no Ceará, foi a mais bem sucedida. Originariamente, compunha um programa emergencial de geração de emprego em áreas atingidas pela seca, que articulava ações de âmbito municipal e estadual. Enfatizava ações de promoção da saúde e prevenção de doenças, operando com agentes de saúde selecionados e contratados pelo governo do estado e com enfermeiros contratados pelos municípios.

⁷ Compete aos agentes comunitários de saúde, entre outras, as seguintes atribuições: cadastrar todas as famílias residentes na área territorial sob sua responsabilidade; visitar pelo menos uma vez por mês as famílias cadastradas, pesando e medindo as crianças menores de dois anos e verificar seu cartão de vacinas; verificar a presença de crianças em idade escolar que estejam fora da escola; orientar as famílias em relação ao uso do soro de reidratação oral e à adoção de medidas de prevenção das diarreias; dar orientações para evitar infecções respiratórias agudas que possam evoluir para pneumonias; incentivar o aleitamento materno; identificar as gestantes, orientando-as e encaminhando-as para a realização do exame pré-natal; orientar e encaminhar as

	1994		1995		1996		1997		1998	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Brasil										
Número de ACS	29.098	100	34.546	100	44.532	100	54.934	100	88.961	100
População coberta (1)	16.003.900		19.000.300		24.492.600		30.213.700		48.928.550	
Norte										
Número de ACS	5.267	18	4.901	14	6.346	14	6.836	12	12.234	14
População coberta (1)	2.896.850		2.695.550		3.490.300		3.759.800		6.728.700	
Nordeste										
Número de ACS	23.532	81	28.354	82	35.418	80	40.449	74	54.655	61
População coberta (1)	12.942.600		15.594.700		19.479.900		22.246.950		30.060.250	
Centro-Oeste										
Número de ACS	299	1	905	3	1.404	3	3.779	7	7.347	8
População coberta (1)	164.450		497.750		772.200		2.078.450		4.040.850	
Sul										
Número de ACS	0	0	386	1	1.364	3	3.280	6	6.780	8
População coberta (1)	0		212.300		750.200		1.804.000		3.729.000	

4. Número de Agentes Comunitários de Saúde e População Coberta pelo PACS

Brasil e Grandes Regiões - 1994 a 1998

Fonte: Ministério da Saúde - home page na Internet.

Nota: (1) Estimativa calculada a partir da suposição de que cada ACS atende, em média, a 550 pessoas.

gestantes para a vacinação antitetânica, como forma de prevenir o tétano do recém-nascido; orientar as mulheres em idade fértil em relação aos riscos de câncer da mama e do colo uterino e encaminhá-las para exame de controle; dar orientação acerca de planejamento familiar; orientar quanto às formas de prevenção das doenças sexualmente transmissíveis e Aids; dar assistência aos doentes que estiverem em tratamento médico; e atentar para problemas que afetam o meio ambiente, como coleta de lixo, abastecimento de água e esgoto sanitário, propondo possíveis soluções a serem discutidas e implementadas com a participação da comunidade.

Para trabalhar como agentes comunitários de saúde, os candidatos devem saber ler e escrever, ter pelo menos 18 anos de idade, residir na comunidade há pelo menos dois anos e dispor de tempo para cumprir oito horas de trabalho por dia. Todos passam por um processo seletivo (prova e entrevista) e recebem treinamento para o desempenho de suas funções. Não há padrão quanto ao grau de escolaridade exigido, ocorrendo variações até mesmo dentro de um mesmo município. Quanto ao salário do agente comunitário, não deve ser menor que um salário mínimo.

A tabela de remuneração do Sistema de Informação Ambulatorial do SUS incluiu, em 1993, códigos de procedimentos que contemplavam especificamente as atividades executadas por agentes comunitários de saúde e enfermeiros vinculados ao PACS. A entrada em vigor desse novo mecanismo de financiamento, a partir de março de 1994, regularizou o fluxo da transferência de recursos federais para a execução do programa, o que impulsionou a sua expansão.

Em 1994, quando um programa similar já estava em execução em Niterói, o Ministério da Saúde lançou o Programa de Saúde da Família (PSF), em resposta a uma demanda levada pelo Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS). O novo programa completava a institucionalização dessas experiências locais, agregando-lhe um novo personagem: o médico (cf. Viana & Dal Poz, 1998).

O PSF reúne agentes comunitários, enfermeiros e médicos generalistas, em equipes de trabalho voltadas para a reorganização das unidades básicas de saúde segundo os preceitos de vigilância epidemiológica e atendimento integral

à saúde da família⁸, de tal forma que essas unidades passem a funcionar como *porta de entrada* do sistema de saúde, disciplinando e intermediando o acesso da população às unidades de maior complexidade tecnológica existentes em âmbito local ou regional. Além disso, deve também observar os princípios de integralidade e hierarquização (atenção integral e referência e contra-referência para os diversos níveis do sistema quando os problemas identificados na atenção básica assim o exigirem), de territorialização e adscrição de clientela (território de abrangência e população residente na área previamente definida).

Seu objetivo maior é a reorganização da prática assistencial em novas bases e critérios, em substituição ao modelo tradicional de assistência, centrado no hospital e orientado para a cura de doença. Assim, o PSF deve enfatizar práticas não convencionais de assistência, recorrendo à prevenção como forma de antecipar-se à demanda por serviços de saúde. A implantação do programa requer: cadastramento das famílias; implantação do Sistema de Informação de Atenção Básica (SIAB); realização do diagnóstico da comunidade; programação e planejamento do trabalho com base no diagnóstico; desenvolvimento do trabalho com ações voltadas aos indivíduos, aos grupos familiares, nos espaços do domicílio, da comunidade, da unidade de saúde ou no acompanhamento aos serviços de referência.

⁸ Para cumprir esses preceitos, a unidade básica de saúde deve: ter uma área territorial previamente delimitada sob sua responsabilidade; trabalhar sob o sistema de adscrição de famílias, o que pressupõe organizar e manter permanentemente atualizado um cadastro com os endereços de todas as famílias ali residentes; organizar e manter uma equipe mínima de profissio-

	1994		1995		1996		1997		1998	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Brasil										
Número de equipes	328	100	724	100	847	100	1.623	100	3.147	100
População coberta (1)	1.131.600		2.497.800		2.922.150		5.599.350		10.857.150	
Norte										
Número de equipes	7	2	12	2	12	1	12	1	172	5
População coberta (1)	24.150		41.400		41.400		41.400		593.400	
Nordeste										
Número de equipes	181	55	396	55	444	52	547		1.190	38
População coberta (1)	624.450		1.366.200		1.531.800		1.887.150		4.105.500	
Centro-Oeste										
Número de equipes	5	2	5	1	6	1	144		325	10
População coberta (1)	17.250		17.250		20.700		496.800		1.121.250	
Sudeste										
Número de equipes	60	18	164	23	227	27	695		1.105	35
População coberta (1)	207.000		565.800		783.150		2.397.750		3.812.250	
Sul										
Número de equipes	75	23	147	20	158	19	225		355	11
População coberta(1)	258.750		507.150		545.100		776.250		1.224.750	

5. Número de Equipes de Saúde da Família e população Coberta pelo PSF

Brasil e Grandes Regiões - 1994 a 1998

Fonte: Ministério da Saúde - home page na Internet.

Nota: (1) Estimativa calculada a partir da suposição de que cada equipe de saúde da família atende, em média, a 3.450 pessoas.

nais de saúde, composta de médico generalista ou médico de família, enfermeiro, auxiliar de enfermagem e cinco a seis agentes comunitários de saúde; prestar assistência integral às famílias adstritas, por meio de ações de promoção, prevenção, diagnóstico precoce, tratamento e reabilitação; definir prioridades de atendimento a partir da identificação dos problemas de saúde e doença que afligem a população residente na área territorial sob sua responsabilidade; integrar-se à rede de serviços de saúde do município, de forma a garantir o atendimento a pacientes cujas patologias exijam tratamento médico-hospitalar especializado; e promover ações conjuntas para a resolução de outros problemas da comunidade.

⁹ Pesquisa de campo realizada com gestores, executores e beneficiários do PACS e do PSF, no âmbito de um projeto nacional, destinado à avaliação do processo de implementação e dos principais resultados de programas sociais prioritários do governo federal. Financiado pela Casa Civil da Presidência da República, com recursos da Organização das Nações Unidas para Educação, Ciência e Cultu-

Informações divulgadas pelo Ministério da Saúde revelam que, além de reduzir a importância relativa das internações hospitalares no total das despesas realizadas pelo SUS, o PACS e o PSF provocam, a curto prazo, mudanças sensíveis nas condições de vida da população, sobretudo nos municípios menos populosos, para os quais há registros de diminuição das taxas de mortalidade materna e infantil e dos índices de incidência e prevalência de doenças evitáveis por ações preventivas e curativas rotineiramente realizadas nas unidades básicas de saúde da família. Entretanto, de acordo com o relatório final de pesquisa de avaliação (cf. NEPP, 1999)⁹, há um obstáculo importante para a implementação desses programas que, por extensão, atinge a estratégia de reorganização das unidades básicas do SUS segundo os preceitos de vigilância epidemiológica e atendimento integral à saúde da família: a população procura, de forma crescente, os serviços de maior complexidade tecnológica, dificilmente encontráveis nas unidades básicas de saúde; em virtude disso, um número cada vez maior de usuários potenciais do SUS passa a procurar atendimento em hospitais e prontos-socorros.

Nos municípios mais populosos, sobretudo aqueles que dispõem de uma ampla infra-estrutura de atendimento hospitalar mantida pela iniciativa privada, o problema é tão grave que os gestores e executores do PACS e do PSF receiam que as unidades básicas de saúde da família possam vir a se transformar simplesmente em unidades de pronto-atendimento (NEPP, 1999). Aliás, no debate sustentado sobre o SUS, levanta-se a possibilidade de que, em sua implementação, o reforço dado a programas, como o PACS e o PSF, revele uma de suas características mais indesejáveis, qual seja, a de ser um “SUS para pobres”, já que se refere ao atendimento médico-assistencial da população sem acesso a outro tipo de atenção (cf. Teixeira, 1999).

Regulamentação dos seguros e planos de assistência à saúde privados

Outra questão importante na agenda política do governo federal para o setor diz respeito à regulamentação dos planos e seguros de saúde – a chamada medicina suplementar. Estima-se que pouco mais de 40 milhões de brasileiros sejam hoje usuários de planos ou seguros de saúde, o que representaria cerca de 25% de cobertura em todo o território nacional, desigualmente distribuídos nos diferentes estados. Entre 9 e 10 milhões estariam filiados a planos individuais e os demais 30 milhões, a planos empresariais. Os dados, contudo, são pouco confiáveis e, por isso, uma das prioridades do Ministério da Saúde para o exercício de 1999 era conhecer exatamente o número de brasileiros que possuem planos ou seguros de saúde (cf. Almeida, 1999b; Rehem, 1999).

Pesquisa domiciliar, realizada na Região Metropolitana de São Paulo, em 1998, apontou que cerca de 45% da população da maior e mais rica metrópole do país era coberta por alguma modalidade de assistência privada à saúde por pagamento antecipado, contra 40% em 1990, ano de realização do primeiro levantamento de campo. Ainda que a cobertura dos planos ou seguros de saúde tenha se estabilizado no período, os planos ou seguros

intermediados pelas empresas empregadoras, que predominavam em 1990, têm dado lugar aos planos ou seguros firmados diretamente entre os beneficiários e os prestadores de serviços (cf. SEADE, 1999).

Resultado de um longo e conflituoso processo de debate parlamentar, ainda em curso, a Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, cria normas, procedimentos e padrões a serem observados pelas pessoas jurídicas de direito privado que operam planos ou seguros priva-

dos de assistência à saúde¹⁰. Logo em seguida, no dia 4, o Presidente da República baixou a Medida Provisória (MP) nº 1.665, que criou o Conselho Nacional de Saúde Suplementar (Consu)¹¹ para regulamentar a lei nos pontos que ficaram em aberto. No dia 4 de novembro do mesmo ano, esse órgão detalhou os principais aspectos da Lei, por meio de resoluções (cf. Consumidor S.A., 1999, p. 8).

Dentre os dispositivos da nova legislação já regulamentados¹², destacam-se os seguintes:

- atendimento a doenças congênitas ou preexistentes (as operadoras não podem mais deixar de tratá-las, já que consta, do contrato assinado pelo consumidor, formulário preenchido com orientação médica em que declara ser ou não portador dessas patologias);

- cobertura para Aids e câncer (obrigatória, nos limites do tipo de plano adquirido, mesmo que essas doenças sejam consideradas preexistentes);

- ingresso dos idosos (foram legalizados os aumentos por mudanças de idade, que prejudicam especialmente os mais velhos, e estabelecidas sete faixas etárias – de 0 a 17 anos; 18 a 29 anos; 30 a 39 anos; 40 a 49 anos; 50 a 59 anos; 60 a 69 anos; e mais de 70 anos –, cuja passagem propicia o aumento de mensalidade, ainda que este seja proibido no caso de pessoas maiores de 60 anos que contribuíram durante 10 anos. O valor da mensalidade da última faixa etária não pode superar seis vezes o valor da primeira);

- deficientes físicos (a lei assegura que ninguém pode ser impedido de participar de um plano ou seguro de saúde por ser portador de qualquer tipo de deficiência, mas determina que o atendimento será feito nos limites do plano ou seguro adquirido);

- transtornos psiquiátricos (a lei prevê o atendimento a portadores de transtornos mentais, inclusive nos casos de intoxicação ou abstinência provocados por alcoolismo ou outras formas de dependência química, inclusive lesões decorrentes de tentativa de suicídio, já que expressam transtornos psíquicos);

- internações (não há mais limite no número de diárias em casos de internação, inclusive em UTI);

- transplantes (os planos hospitalares e de referência cobrirão trans-

	Possui Convênio ou Plano de Saúde?				
	Total	Não	Sim		
			Tipo de Convênio ou Plano de Saúde		
			Total	Particular	De empresa ou sindicato
1990	100,0	56,7	43,3		
			100,0	19,7	73,0
1994	100,0	56,0	44,0		
			100,0	34,9	62,3
1998	100,0	55,2	44,8		
			100,0	53,8	45,1

6. *Distribuição dos Indivíduos, segundo Condição de Posse e Tipo de Convênio ou Plano de Saúde*

Em porcentagem

Região Metropolitana de São Paulo - 1990, 1994 e 1998

Fonte: Fundação Seade. Pesquisa de Condições de Vida - PCV.

ra, esse projeto visou testar uma metodologia de avaliação de programas sociais, desenvolvida pelo Núcleo de Estudos de Políticas Públicas da Universidade de Campinas, tendo abrangido nove estados – São Paulo, Rio de Janeiro, Espírito Santo, Minas Gerais, Paraná, Santa Catarina, Pernambuco, Alagoas e Pará –, envolvendo vinte municípios brasileiros (cf. NEPP, 1999).

¹⁰ Desde a década de 80, os consumidores reclamavam no Procon dos abusos cometidos pelas empresas privadas de assistência médica. Vários projetos de lei sobre o tema tramitaram no Congresso Nacional, a partir de 1993. Durante o processo de discussão, o IDEC, os Procons, entidades de usuários e de profissionais de saúde manifestaram-se publicamente e conseguiram introduzir algumas de suas reivindicações, entre elas: o impedimento de que as empresas vetem o ingresso, em seus planos, de consumidores com ida-

de avançada ou portando deficiências; o estabelecimento de limites mais rígidos para o credenciamento de hospitais, laboratórios e clínicas; a proibição de carências por atrasos no pagamento; a exigência de clareza nos termos do contrato; a proibição de carências abusivas; a proibição de limite de prazo e de valor máximo de internação hospitalar; a proibição de rescisão unilateral de contrato pela empresa (cf. Consumidor S.A., 1999, p. 8).

¹¹ O Conselho de Saúde Complementar (Consu) é integrado pelos Ministros de Estado da Saúde, da Fazenda e da Justiça, pelo presidente da Superintendência de Seguros Privados (Susep) e pelos secretários de Assistência à Saúde e de Políticas de Saúde do Ministério da Saúde, a partir de propostas encaminhadas pela Câmara de Saúde Suplementar (CSS), que não tem direito a voto e reúne representantes de operadoras, entidades de defesa do consumidor, hospitais, médicos, dentistas, entidades filantrópicas, Ministério Público e órgãos do governo.

¹² Na ótica das entidades de defesa dos direitos do consumidor, este foi pouco ouvido no processo de regulamentação da lei (cf.

plantas de rim e córnea e os gastos com procedimentos vinculados à cirurgia, incluindo despesas assistenciais com doadores vivos, medicamentos usados na internação, acompanhamento clínico no pós-operatório, despesas com captação, transporte e preservação dos órgãos);

- troca de hospital credenciado (a operadora passa a ter de comunicar ao consumidor e ao Ministério da Saúde 30 dias antes de substituir um prestador de serviço hospitalar de sua rede credenciada ou referenciada);

- garantia de manutenção de cobertura em caso de inadimplência de até 60 dias e das condições contratuais de planos empresariais para aposentados e demitidos; e

- fiscalização pelo poder público (todas as operadoras serão fiscalizadas pelo Ministério da Saúde e pela Superintendência de Seguros Privados (Susep), autarquia vinculada ao Ministério da Fazenda, com punições que vão desde advertências, multa de até R\$ 50 mil, suspensão das atividades, até o cancelamento da autorização de funcionamento).

Na visão dos dirigentes da Associação Brasileira de Medicina de Grupo (Abramge) (cf. Almeida, 1999a), que congrega cerca de 1.500 empresas de medicina de grupo, responsáveis pela cobertura de aproximadamente 18 milhões de pessoas em todo o país, a regulamentação dos planos e seguros de saúde põe em risco o setor privado, ao tentar criar um paraíso de benefícios sem atentar para os custos decorrentes das obrigações impostas às operadoras, acima relacionadas. Em sua opinião, essas normas são exequíveis para as empresas de grande porte (mais de 50 mil beneficiários), que se concentram nas metrópoles e nas grandes cidades do interior, sobretudo na Região Sudeste.

O mesmo não ocorreria para as empresas de pequeno porte (até 10 mil beneficiários), que representam mais de 60% daquelas filiadas à associação. Espalhadas pelo interior e pelas periferias das grandes cidades, essas empresas credenciam pequenos hospitais e santas casas, comercializando planos de saúde relativamente baratos, porque restritos em termos de cobertura – cobrem necessidades corriqueiras de seus contratantes, como uma apendicite, uma fratura de braço, um parto. Com as novas regras, afirmam os dirigentes da associação, essas pequenas empresas tendem a desaparecer, e não há garantia de que venham a ser substituídas por empresas maiores, pois estas comercializam planos mais caros e mais abrangentes quanto à cobertura, dada a maior disponibilidade de recursos materiais e humanos nos grandes centros urbanos e metropolitanos do país.

Somam-se aos problemas acima mencionados as exigências de constituição de capital e garantia de solvência, manutenção e equilíbrio econômico-financeiro, com auditoria externa, adequação e controles atuariais para dimensionar custos, provisões e garantias. Os dirigentes da Abramge acreditam que essas normas são exigíveis apenas para as seguradoras, que são empresas com características bem diferentes das empresas de medicina de grupo e das cooperativas médicas, pois funcionam como instituições financeiras que reembolsam despesas, sem ter a obrigação de prestar serviços de saúde aos beneficiários.

Além disso, questionam a constitucionalidade do dispositivo que implica a alteração dos contratos celebrados antes da vigência da nova lei, por

atingir o ato jurídico perfeito e o direito adquirido. Concluem ser intenção clara do governo federal querer se eximir de suas obrigações constitucionais, transferindo-as ao cidadão usuário, que teria de arcar com o ônus da manutenção de um plano de saúde cuja carga superaria a capacidade operacional e financeira da maioria das empresas de medicina de grupo em atividade no Brasil.

Para os dirigentes da Federação Nacional das Empresas de Seguros Privados e de Capitalização (Fenaseg) (cf. Pereira Filho, 1999), responsáveis pela cobertura de aproximadamente 5 milhões de pessoas em todo o território nacional, a regulamentação dos planos e seguros privados de assistência à saúde tem a qualidade evidente de garantir os direitos do consumidor, considerando a situação anterior quando – à exceção das empresas de seguro saúde, regulamentadas por legislação específica do setor de seguros, que data da década de 60 – era comum a comercialização de produtos por operadoras sem capacidade de atendimento nem reservas financeiras para honrar os termos do contrato. Nesse caso – dos chamados planos de saúde do tipo “aspirina e copo d’água” (Serra, 1999) – o único caminho era recorrer aos órgãos de defesa do consumidor, que ficaram notabilizados pelas ações impetradas contra essas operadoras.

Ao contrário dos dirigentes da Abramge, os da Fenaseg questionam mais o processo da regulamentação da Lei nº 9.656 pelo Poder Executivo, por meio de sucessivas Medidas Provisórias, que alteraram a lógica subjacente à sua elaboração, do que o seu conteúdo, já que este foi longamente discutido no Congresso Nacional, com a participação de representantes de consumidores, empresas médicas, associações profissionais, hospitais, etc. A lei teria levado em conta os seguintes princípios: garantia de direitos ao consumidor, inclusive o de ser amplamente informado sobre as condições do contrato; oferecimento obrigatório de um contrato de referência, com coberturas de todas as doenças, sem prejuízo da escolha pelo consumidor de contratos diferenciados, compatíveis com suas necessidades e condições pessoais; criação de obrigações para as operadoras no tocante aos produtos oferecidos e quanto à fiscalização de sua situação econômico-financeira, com vistas a assegurar o cumprimento futuro dos compromissos assumidos.

Para os dirigentes da Fenaseg, esses princípios harmonizavam-se perfeitamente com o regime instituído pela Constituição que, ao dispor que a assistência à saúde é livre à iniciativa privada, deslocaria o foco da intervenção do poder público para outras finalidades, tais como: preservar a liquidez e a solvência das operadoras; fiscalizar o cumprimento das obrigações por elas assumidas contratualmente; assegurar a transparência e clareza das informações ao consumidor, escoimando dos contratos as cláusulas abusivas; e promover a concorrência, evitando o abuso do poder econômico que vise à dominação dos mercados.

As Medidas Provisórias que alteraram profundamente a Lei nº 9.656/98, porém, tiveram o efeito de colocar a regulamentação do segmento sob outra ótica, mais afeita a ações e serviços *públicos* de saúde, impondo exigências que acreditam não serem aplicáveis às operadoras de planos e seguros de saúde: a obrigatoriedade de aceitar todos os proponentes no seguro saúde; a substituição do conceito inicial do plano de referência com cobertura de todas as lesões ou doenças, que deixou de ser de oferecimento obrigatório para ser

Consumidor S.A., 1998b, p. 23; 1999, p. 13). Embora a lei tenha sido ampla ao proibir a exclusão de atendimento de doenças de alta complexidade, a Medida Provisória que acompanhou a sanção presidencial possibilita ao Consu diminuir a amplitude das coberturas, representando uma redução do que foi estabelecido na própria lei (Consumidor S.A., 1998a, p. 2).

uma das quatro únicas modalidades admitidas; a interferência na elaboração dos produtos, com fixação de faixas etárias predeterminadas, devendo a maior não exceder um determinado múltiplo da menor faixa; a tentativa de obrigar os consumidores a substituir os contratos anteriormente firmados, de menor custo e que atendem às suas necessidades, por novos contratos de cobertura amplificada, obviamente mais caros.

O Ministério da Saúde tem procurado minimizar as críticas dos dirigentes tanto das empresas de medicina de grupo como das seguradoras, estimando em menos de 5% o impacto das disposições da nova legislação sobre as mensalidades dos planos e seguros privados de assistência à saúde (cf. Serra, 1999). Não obstante, trava uma luta de bastidores com a Susep pela primazia nas deliberações referentes à regulamentação dos planos e seguros privados de assistência à saúde, em que parece buscar o apoio da Abramge¹³. Seja como for, é indiscutível o fato de que a regulamentação dos planos e seguros de saúde põe em xeque a suposta autonomia de financiamento do setor privado de assistência médica supletiva, um dos pilares da *universalização excludente* (cf. Favaret Filho & Oliveira, 1989), que possibilitou o pluralismo característico do atual sistema de saúde no Brasil.

Considerações finais

Se, historicamente, as políticas sociais envolvendo a área de saúde pública no Brasil têm sido objeto de críticas acerbas, atualmente é muito maior a dificuldade de análise do tema. Isto porque, ao reconhecimento da precariedade da assistência oferecida, tanto no que se refere ao saneamento quanto ao que diz respeito à atenção médica, somam-se a alteração dos critérios de avaliação do estado de saúde da população, em razão das mudanças – econômicas, sociais, políticas e culturais – vividas pelo país, e o próprio reposicionamento do papel e funções do Estado, no relativo às dimensões ditas “sociais” da vida coletiva.

Quanto ao primeiro aspecto, é visível a ampliação do quadro referente ao que se pode conceituar como saúde, o que incide sobre o que se devem considerar patologias. Afinal, além dos cuidados relativos às enfermidades originadas da pobreza, como as doenças infecciosas e nutricionais, a prevenção dos riscos ambientais e as informações sobre práticas de vida mais saudáveis passaram a fazer parte da agenda pública relativa à área (cf. Monteiro *et alii*, 1995, p. 353).

Com relação ao segundo aspecto, contrariando tendência observada desde os anos 70, quando o Estado detinha o quase monopólio das atividades de atenção à saúde e sua ação mediadora propiciava o lucro privado (Augusto, 1986), o que se verifica atualmente é, em termos relativos, a retirada progressiva dos órgãos públicos de um setor tradicionalmente reconhecido como de sua responsabilidade. De fato, com a ampliação dos planos e seguros de saúde, o setor privado está cada vez mais presente nos cuidados relativos a essa esfera de atuação, à medida que escasseiam os recursos públicos e se ampliam as áreas e os gastos a ela relativos. Esse último traço também acentua o caráter “individualizante” da

¹³ A busca desse apoio fica evidente nas duas últimas Medidas Provisórias editadas pelo governo federal: a que desobriga a alteração dos contratos celebrados antes da vigência da Lei nº 9.656 (*Mais uma vez os planos de saúde*. Folha de S. Paulo, 08/09/1999); e a que a transfere a responsabilidade de regular e fiscalizar os aspectos econômico-financeiros dos planos e seguros de saúde da Susep para o Ministério da Saúde (*Ministério da Saúde terá maior controle sobre plano*. Folha de S. Paulo, 28/09/1999).

intervenção estatal no setor (cf. Augusto & Costa, 1987, p. 59-61), que acaba atribuindo ao usuário a responsabilidade quase total pelo cuidado com sua saúde.

Trata-se, sem dúvida, de uma situação paradoxal, pois o Estado tampouco busca ampliar as possibilidades de consumo de serviços médicos para além das necessidades mínimas da população assistida. Assim, não obstante devam ser reconhecidos os esforços governamentais no sentido de dar maior eficiência ao uso dos recursos públicos – regulamentando sua aplicação, incentivando o processo de descentralização e buscando o estabelecimento de um fluxo racional para o atendimento ministrado –, não há como deixar de assinalar o fato de que, exatamente no momento em que o texto constitucional a consagrou como direito legítimo do cidadão, a saúde foi convertida em simples mercadoria e a luta pela efetivação desse direito foi reduzida a um mero ato de consumo.

Recebido para publicação em dezembro/1999

OLIVA-AUGUSTO, Maria Helena & COSTA, Olavo Viana. Between public and private - health in Brazil today. **Tempo Social**; Rev. Sociol. USP, 11(2): 199-217, 1999 (editado em fev. 2000).

ABSTRACT: The article analyses the Government Health Policy, in the 1995-1998 period, focusing the main decisions related to the SUS (Single Health System) organization and financing. It points out and discusses some among several federal government decisions: the regulation of the federal resources transference criteria to states and municipalities and the resulting definition of the different kinds of local health system administration; the basic health care reorganization strategy via special incentives to the PACS (Health Community Agents Program) and to the PSF (Family Health Program); the establishment of the CPMF (Temporary Contribution on Financial Transactions) as an specific source of health services; the regulation of private health care plans and insurance.

UNITERMS:
government policy,
health policy,
health services.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ALMEIDA, Arlindo. (1999a) A solução para o problema da saúde é mista e solidária. (Dossiê Saúde Pública). *Estudos Avançados*, São Paulo, **11**(35): 117-124, janeiro-abril.
- ALMEIDA, Célia Maria. (1999b) Reforma do Estado e reforma de sistemas de saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, **4**(2): 263-286.
- ARAÚJO, Laís da Costa Manso & MARTINS, Ferdinando Crepalde (1995a) Saúde. *Boletim de Conjuntura/Política Social*, São Paulo, **19**: 14-19, FUNDAP, julho-setembro.
- _____. (1995b) Saúde. *Boletim de Conjuntura/Política Social*, São Paulo, **20**: 15-18. FUNDAP, outubro-dezembro.
- ARRETCHE, Marta Teresa da Silva. (1998) *O processo de descentralização das políticas sociais no Brasil e seus determinantes*. Campinas, 277p. Tese (Doutorado). Instituto de Filosofia e Ciências Humanas da Universidade de Campinas.
- AUGUSTO, Maria Helena Oliva. (1986). *Política social e tecnologia em saúde. Ação estatal e incorporação de equipamentos médico-hospitalares às práticas de saúde*. São Paulo, Tese (Doutorado). Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas da Universidade de São Paulo.
- AUGUSTO, Maria Helena Oliva & COSTA, Olavo Viana. (1987) A saúde no Brasil: paradoxos e dilemas. *São Paulo em perspectiva*, São Paulo, **1**(3): 59-63, outubro-dezembro.
- BARRETO JÚNIOR, Irineu Francisco. (1999) *Reforma do Estado: uma análise do Sistema Único de Saúde em São Paulo*. São Paulo, 126 p. Dissertação (Mestrado). Pontifícia Universidade Católica de São Paulo.
- CAMPINO, Antonio Carlos Coelho *et alii*. (1998) *Health equity in Latin America*. São Paulo. (Paper prepared for the United Nation Program for Development).
- CARDOSO, Fernando Henrique. (1998) *Avança, Brasil: mais 4 anos de desenvolvimento para todos*. Brasília, s/ed. (Proposta de governo).
- CONSUMIDOR S. A. *Revista Independente em Defesa do Consumidor*. (1998a) Novos planos de saúde ficam para novembro. São Paulo, Instituto Brasileiro de Defesa do Consumidor (IDEC), **33**: 9, agosto.
- _____. (1998b) As novas regras dos planos de saúde. São Paulo, Instituto Brasileiro de Defesa do Consumidor (IDEC), **37**: 22-23, dezembro.
- _____. (1999) Guia dos Planos de Saúde. São Paulo, Instituto Brasileiro de Defesa do Consumidor (IDEC), **38**, fevereiro.
- CORDEIRO, Hésio (1991) *Sistema Único de Saúde*. Rio de Janeiro, Ayuri Editorial/Abrasco.

- FAVARET FILHO, Paulo & OLIVEIRA, Pedro Jorge de (1989) *A universalização excludente: reflexões sobre as tendências do sistema de saúde*. Rio de Janeiro, UFRJ/IEI. (Texto para discussão, 216) 47 p.
- INOJOSA, Rose Marie; ARAÚJO, Laís da Costa Manso & MARTINS, Ferdinando Crepalde (1996a) Saúde. *Boletim de Conjuntura/Política Social*. São Paulo, FUNDAP, **21**: 15-18, janeiro-abril.
- _____. (1996b) Saúde. *Boletim de Conjuntura/Política Social*. São Paulo, FUNDAP, **22**: 25-36, maio-agosto.
- JATENE, Adib (1999) Novo modelo de saúde. (Dossiê Saúde Pública). *Estudos Avançados*, São Paulo, **11**(35): 51-64, janeiro-abril.
- MENDES, Eugênio Vilaça (org.). (1998) *A organização da saúde no nível local*. São Paulo, Hucitec.
- MONTEIRO, Carlos Augusto, IUNES, Roberto Fontes & TORRES, Alberto Manuel. (1995) A evolução do país e suas doenças: síntese, hipóteses e explicações. In: MONTEIRO, Carlos Augusto (org.) *Velhos e novos males da saúde no Brasil. A evolução do país e de suas doenças*. São Paulo, Hucitec/NUPENS/USP, p. 349-356.
- NEPP. (1999) Avaliação qualitativa de programas sociais prioritários: síntese dos principais resultados da pesquisa de campo. Campinas, Unicamp/Nepp, 1999. (Relatório final de projeto de pesquisa financiado pelo Programa de Apoio à Gestão Social da Casa Civil da Presidência da República). 218 p.
- PEREIRA FILHO, Luiz Tavares. (1999) Iniciativa privada e saúde. (Dossiê Saúde Pública). *Estudos Avançados*, São Paulo, **11**(35): 109-116, janeiro-abril.
- REHEM, Renilson. (1999) Planos de Saúde: questões e soluções. (Dossiê Saúde Pública). *Estudos Avançados*, São Paulo, **11**(35): 105-108, janeiro-abril.
- SEADE. (1999) Pesquisa de Condições de Vida na Região Metropolitana de São Paulo: primeiros resultados. São Paulo, Fundação Seade.
- SCOTTI, Ricardo F. (1997) *Para entender a Norma Operacional Básica do SUS 01/96*. Brasília, Ministério da Saúde. (Arquivo disponível para download no site <http://www.saude.gov.br>).
- Súmula do Programa RADIS – Reunião, Análise e Difusão de Informação sobre Saúde. (1999) *Verba para a saúde terá “gatilho”*. FIOCRUZ, **75**: 1-8, dezembro.
- SERRA, José. (1999) A questão da saúde no Brasil: entrevista. (Dossiê Saúde Pública). *Estudos Avançados*, São Paulo, **11**(35): 39-50, janeiro-abril.
- TEIXEIRA, Carmen Fontes (1999) Epidemiologia e planejamento de saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, São Paulo, **4**(2): 287-303.
- VIANNA, Ana Luíza D'Ávila & DAL POZ, Mario Roberto. (1998) A reforma do sistema de saúde no Brasil e o programa de saúde da família. *Physys*, Rio de Janeiro, **8**(2): 11-48.